

Anlage „Sterbebegleitungen Erwachsene“

Versichertenbezogener Nachweis der im Jahr 2025 geleisteten Sterbebegleitungen im Sinne von § 6 Abs. 4 für die Krankenkasse (bitte im verschlossenen Umschlag einreichen)

Name des Hospizdienstes

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Name der Krankenkasse: _____

Im Förderjahr 2025 wurden bei den nachfolgend aufgeführten Versicherten Sterbebegleitungen im Sinne der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i. d. F. vom 21.11.2022, durchgeführt:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Beginn der Begleitung	Ende der Begleitung

Datum

Name, Vorname

Unterschrift